

говорит о недостаточной настороженности педиатров в отношении этого диагноза.

4. У всех пациентов выявлена смешанная форма муковисцидоза тяжелой степени с выраженным клиническим полиморфизмом.

5. У всех детей выявлены мутации, относящиеся к I и II классу. $\Delta F508$ (100%), CFTR del2,3 (46,1%), при которых развиваются тяжелые фенотипические проявления муковисцидоза.

6. Необходимо более тщательно обследовать пациентов, имеющие стойкий кашель, задержку физического развития, для своевременной диагностики муковисцидоза и проведения реабилитации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Муковисцидоз (современные достижения и актуальные проблемы) : метод. рекомендации / Н. И. Капранов [и др.]. – М., 2008. – 124 с.

2. Пухальский, А. Л. Маркеры воспаления у больных муковисцидозом / А. Л. Пухальский, Г. В. Шмарина, Н. И. Капранов // Пульмонология. – 2002. – № 5. – С. 39–42.

3. Симонова, О. И. Особенности заместительной ферментотерапии при муковисцидозе у детей: преимущества высокотехнологичных ферментных препаратов / О. И. Симонова, Е. А. Рославцева // Вопросы современной педиатрии. – 2011. – Т. 10, № 5. – С. 152–156.

4. Об утверждении клинического протокола диагностики, лечения и реабилитации пациентов с кистозным фиброзом (муковисцидозом) : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 27 дек. 2012 г., № 1536.

ТАКТИКА ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЛУБОКОГО КАРИЕСА

Володкевич Д. Л., Бутвиловский А. В., Мадатян А. В.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Актуальность. Кариес дентина глубокий (далее – глубокий кариес) – это патологический процесс, при котором поражение локализуется близко к полости зуба и который при отсутствии терапии или неправильном лечении приводит к пульпиту.

При глубоком кариесе наиболее целесообразным является консервативный подход, предусматривающий сохранение жизнеспособности пульпы. Консервативный подход может реализовываться биологическим методом, методами непрямого и прямого покрытия пульпы и частичной пульпотомии. При консервативном лечении глубокого кариеса врач принимает множество решений, каждое из которых влияет на результат лечения (выбор наконечника, охлаждения, бора, медикаментов для антисептической обработки, материала лечебной и изолирующей прокладки, срок контроля витальности) [1-6]. По данным Чернышевой Т.В. (2015), среди стоматологов г. Минска

методами лечения глубокого кариеса путем покрытия пульпы владеют только 50-53,4% врачей с преимущественным применением для этого материалов на основе гидроксида кальция (78,4–83,8%) и высокой (86,3%) распространенностью осложнений.

В Республике Беларусь организовано производство высокоэффективного отечественного материала для лечебных прокладок на основе МТА («Рутсил») и в 2015 г. утверждена инструкция по его применению. Поэтому интерес представляет оценка изменения тактики стоматологов при лечении глубокого кариеса.

Цель: изучить тактику врачей-стоматологов Республики Беларусь при лечении глубокого кариеса.

Методы исследования. Проведено анкетирование 247 врачей-стоматологов Республики Беларусь с использованием специально разработанной нами анкеты, включающей 30 вопросов. Полученные данные обработаны статистически в программе Statistica 10 for Windows. Достоверность различий определена по критерию хи-квадрат.

Результаты и их обсуждение. Средний стаж работы опрошенных врачей-стоматологов составил 16 лет. Установлено, что $64,37 \pm 3,05\%$ респондентов работают в бюджетных отделениях государственных поликлиник, $27,13 \pm 2,83\%$ – во внебюджетных отделениях, $11,34 \pm 2,02\%$ – в частных клиниках. Большинство опрошенных врачей являются стоматологами-терапевтами ($87,45 \pm 2,11\%$, $p < 0,001$).

Техниками покрытия пульпы (непрямое, прямое) владеет большинство респондентов ($83,81 \pm 2,34\%$, $p < 0,001$), что значительно превосходит аналогичный показатель 2015 года (50,0-53,4%; Чернышева Т. В., 2015).

Вместе с тем, несмотря на это, при препарировании глубокой кариозной полости $43,72 \pm 3,16\%$ опрошенных врачей-стоматологов используют турбинный наконечник, что может приводить к повреждению пульпы. Значительная часть стоматологов применяет угловой регулярный наконечник ($61,13 \pm 3,10\%$) и лишь $19,43 \pm 2,52\%$ респондентов используют угловой понижающий наконечник. Для препарирования дентина микромотор с пневмоприводом и с электроприводом без установки количества оборотов используют соответственно $41,30 \pm 3,13\%$ и $19,84 \pm 2,54\%$ опрошенных, что также может быть причиной повреждения пульпы. О применении микромотора с электроприводом и с установкой количества оборотов сообщили только $14,98 \pm 2,27\%$ стоматологов. Обнаружено, что такой высоковероятный причинный фактор перегрева пульпы зуба при препарировании глубоких кариозных полостей как отсутствие водяного охлаждения имеет место в практике $9,31 \pm 1,85\%$ респондентов.

Вместе с тем $68,02 \pm 2,97\%$ врачей-стоматологов сообщили о том, что следуют одному их наиболее современных принципов консервативной эндодонтии – замене твердосплавного бора на стерильный при препарировании «опасных» инфицированных зон, расположенных близко к пульпе.

Установлено, что большинство опрошенных врачей оставляют на дне глубокой кариозной полости твердый пигментированный дентин с покрытием лечебной прокладкой ($87,04 \pm 2,14\%$, $p < 0,001$).

Медикаментозную обработку глубоких кариозных полостей после препарирования проводят большинство респондентов ($95,14 \pm 1,37\%$, $p < 0,001$). При этом наиболее популярными антисептиками для данной процедуры являются 0,05% раствор хлоргексидина ($59,11 \pm 3,13\%$), 2% раствор хлоргексидина ($31,98 \pm 2,97\%$) и 3% раствор пероксида водорода ($19,03 \pm 2,50\%$).

Большинство респондентов используют лечебные прокладки при глубокой локализации кариозной полости ($85,43 \pm 2,25\%$, $p < 0,001$). Наиболее популярными материалами для непрямого покрытия продолжают оставаться Са-содержащие пасты – $76,11 \pm 2,71\%$ ($78,4$ – $83,8\%$, Чернышева Т.В., 2015) по сравнению с МТА ($32,39 \pm 2,98\%$), СИЦ ($30,77 \pm 2,94\%$) и другими препаратами. Из препаратов МТА, зарегистрированных в Республике Беларусь, наиболее популярным среди опрошенных врачей является «Триоксидент» ($53,44 \pm 3,17\%$). Высокоэффективный отечественный препарат «Рутсил» для этой цели применяют лишь $15,38 \pm 2,30\%$ респондентов.

Значительная часть опрошенных врачей-стоматологов ($41,30 \pm 3,13\%$) не проводит контроль витальности пульпы после лечения глубокого кариеса, что не позволяет проводить оценку эффективности лечения. Установлено, что у стоматологов, проводящих оценку витальности, наиболее популярным критерием для контроля эффективности лечения глубокого кариеса является наличие или отсутствие жалоб ($72,47 \pm 2,84\%$, $p < 0,001$). Современные методы оценки состояния пульпы после лечения применяются недостаточно: электроодонтодиагностику в динамике применяют только $31,58 \pm 2,96\%$ врачей, термопробу – $44,94 \pm 3,17\%$, а лучевую диагностику – $33,60 \pm 3,01\%$ опрошенных стоматологов.

Большинство опрошенных стоматологов отметили, что сталкиваются с осложнениями после лечения глубокого кариеса ($78,95 \pm 2,59\%$, $p < 0,001$). Нами установлена тенденция снижения распространенности осложнений по сравнению с данными 2015 года ($86,03\%$, Чернышева Т.В.), что, вероятно, связано с большим количеством лекций и докладов, подготовленных по данной теме исследователями и преподавателями.

Необходимо отметить тот факт, что $58,70 \pm 3,13\%$ стоматологов при случайном вскрытии пульпы при лечении глубокого кариеса прибегают к радикальному подходу (наложение девитализирующей пасты с последующей пульпэктомией) и лишь $40,49 \pm 3,12\%$ следуют консервативному пульпосохраняющему принципу. Полученные результаты подтверждают необходимость продолжения работы по ознакомлению практикующих врачей-стоматологов с преимуществами и методами консервативного лечения глубокого кариеса.

Выводы:

1. Техниками покрытия пульпы (непрямого и прямого) владеет большинство стоматологов Республики Беларусь ($83,81 \pm 2,34\%$, $p < 0,001$), что значительно превосходит аналогичный показатель 2015 года ($50,0$ – $53,4\%$).

2. При лечении глубокого кариеса в качестве лечебных прокладок большинство опрошенных стоматологов продолжают активно использовать Са-содержащие пасты. Высокоэффективный отечественный препарат «Рутсил» для

этой цели применяют лишь $15,38 \pm 2,30\%$ респондентов.

3. Значительная часть респондентов ($41,30 \pm 3,13\%$) не проводит контроль витальности пульпы после консервативного лечения глубокого кариеса. Стоматологи, проводящие оценку витальности, достоверно чаще ориентируются на наличие или отсутствие жалоб ($72,47 \pm 2,84\%$, $p < 0,001$).

4. При случайном вскрытии пульпы при лечении глубокого кариеса более половины врачей ($58,70 \pm 3,13\%$) прибегают к радикальному подходу.

ЛИТЕРАТУРА

1. Marending M. Treatment options for permanent teeth with deep caries / M. Marending, T. Attin, M. Zehnder // Swiss Dental Journal. – 2016. – V. 126. – P. 1007-1017.

2. Treatment of pulps in teeth affected by deep caries – A systematic review of the literature / G. Bergenholtz, S. Axelsson, T. Davidson et al. // Singapore Dental Journal. – 2013. – Vol. 34 (1). – P. 1-12.

3. Современные подходы к лечению патологии пульпы постоянных зубов с незаконченным формированием корней у детей: учеб.-метод. пособие / Т.Н. Терехова [и др.] – Минск: БГМУ, 2009. – 46 с.

4. Randomized trial of partial vs. stepwise caries removal: 3-year follow-up / M. Maltz, R. Garcia, J. J. Jardim et al. // Journal of Dental Research. – 2012. – 91. – P. 1026-1031.

5. Aguilar P. Vital pulp therapy in vital permanent teeth with cariously exposed pulp: a systematic review / P. Aguilar, P. Linsuwanont // Journal of Endodontics. – 2011. – 37. – P. 581-587.

6. Qudeimat M. A. Calcium hydroxide vs mineral trioxide aggregates for partial pulpotomy of permanent molars with deep caries / M. A. Qudeimat, K. M. Barrieshi-Nusair, A. I. Owais // European Archives of Paediatric Dentistry. – 2007. – 8. – P. 99-104.

АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ КЛИНИЧЕСКИХ ИЗОЛЯТОВ E.COLI ГРОДНЕНСКОГО РЕГИОНА В 2017 ГОДУ

¹Волосач О.С., ²Петрова С.Е.

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»

²УЗ «Гродненская областная инфекционная клиническая больница»

Актуальность. Среди грамотрицательных микроорганизмов семейства энтеробактерий ведущим возбудителем инфекций мочевыводящих путей (ИМП) является E.coli. Для лечения ИМП назначают антимикробные препараты, обладающие достаточной активностью в отношении основных возбудителей и выводящиеся почками в неизменном виде, что позволяет обеспечить высокую концентрацию антибиотика в моче, значительно превышающую минимальную подавляющую концентрацию для основных возбудителей [1]. Однако отмеченное в настоящее время нарастание